

Közös döntéshozatal, mint innováció az orvos-beteg kommunikációban

Vajda Beáta¹ – Horváth Sarolta² – Málovics Éva³

Az egészségügyi ellátórendszer nemcsak hazánkban, de számos fejlettebb országban is finanszírozási problémákkal küzd. Ugyanakkor az OECD adatai szerint egy társadalom egészséggel kapcsolatos mutatói (pl. várható élettartam) nem csak az egészségügyre fordított kiadásoktól függenek. A problémák valódi megoldásához olyan szemléletre van szükség, amely előnyben részesít olyan innovációkat, melyek lenyomják a költségeket és javítják a minőséget. Az SDM (Shared Decision Making) olyan kommunikációs modell, mely az egészségügyi szolgáltatások hatékonyságának növelését szolgálhatja azáltal, hogy olyan, orvos és beteg által közösen hozott döntéseket támogat, melyeknek rendkívül fontos lépését képezi az információs aszimmetria csökkentése mindkét oldalon. Vizsgálataink alapján kijelenthető, hogy az egészségügyi piacon és az orvos-beteg kommunikációban az orvos személye a döntő. Felméréseink alapján a potenciális betegek közel egyharmada szerint az orvos-beteg kapcsolat nem a legfontosabb, de szerepe meghatározó a gyógyulásban.

Kulcsszavak: egészségügy, kommunikáció, közös döntés

1. Bevezetés

A világ és Európa különböző területei között nagymértékű regionális egyenlőtlenségek mutatkoznak az egészséggel kapcsolatos mutatók kapcsán. A gazdasági fejlődés során az egészségügy hosszú időn keresztül csak „melléktermék” volt, a beruházásokat a gazdaság szemszögéből vizsgálták. Az emberi erőforrás szerepe csak az utóbbi időben kezdett fontossá válni (WHO 2008a). Az egészségügyi szolgáltatások célja alapvetően az emberek életminőségének javítása, valamint életük meghosszabbítása. Ez tulajdonképpen a humán erőforrás működőképességének biztosíthatóságát jelenti, és az élet minőségének javítása egyre inkább felértékelődik, hiszen az egészség a nagyobb munkajövedelem megszerzésének fontos feltételévé vált. A munkaerő reprodukálása mellett tehát rendkívül fontos annak „karbantartása” is. Ez lényeges azért is, mert a fejlett gazdaságokban a tudásintenzív ágazatok veszik át a

¹ Vajda Beáta, doktorjelölt, tanársegéd, Szegedi Tudományegyetem Gazdaságtudományi Kar, Üzleti Tudományok Intézete (Szeged).

² Horváth Sarolta, PhD-hallgató, Szegedi Tudományegyetem Gazdaságtudományi Kar, Közgazdaságtani és Gazdaságfejlesztési Intézete (Szeged).

³ Málovics Éva, PhD, szakcsoportvezető egyetemi docens, Szegedi Tudományegyetem Gazdaságtudományi Kar, Üzleti Tudományok Intézete (Szeged).

vezető szerepet. Különösen azon területeken, ahol a jelentős természeti erőforrások hiányoznak (mint pl. Magyarországon), meg kell becsülni a humánerőforrást. Az egészségügyi fogyasztás – így az egészségügyi termékek és szolgáltatások piaca – folyamatosan bővül (Kincses 2000). Ez a bővülés pedig a kereslet oldaláról korlát nélküli, így az egészségügy kiszolgáló háttériparai világszerte a gazdaság meghatározó ágazatainak számítanak.

Ami a problémákat illeti, a *WHO* (2008b) jelentése szerint 3 olyan fő trend figyelhető meg az egészségügyben, amely a holisztikus megközelítés hiányát jelzi, és negatív irányban befolyásolja e szektor hatékonyságát:

- Az egészségügyi rendszerek aránytalanul szűk körű, specializált gyógymódokra koncentrálnak.
- Azok az egészségügyi rendszerek, ahol az utasítás-ellenőrzés megközelítés dominál, rövid távú megoldásokra koncentrálnak, töredezetté téve a szolgáltatás nyújtását.
- Azon egészségügyi rendszerek esetében, ahol a *laissez-faire* típusú irányítás dominál, ez hozzájárul az egészségügy szabályozatlan elüzletiesedéséhez.

Mindezek eredménye pedig, hogy nincs kiegyensúlyozott válasz az igényekre. Számos országban alakul ki egyenlőtlen elérés, emelkedő költségek, és az egészségügyi rendszerbe vetett bizalom csökkenése, amelyek a társadalmi stabilitást veszélyeztetik.

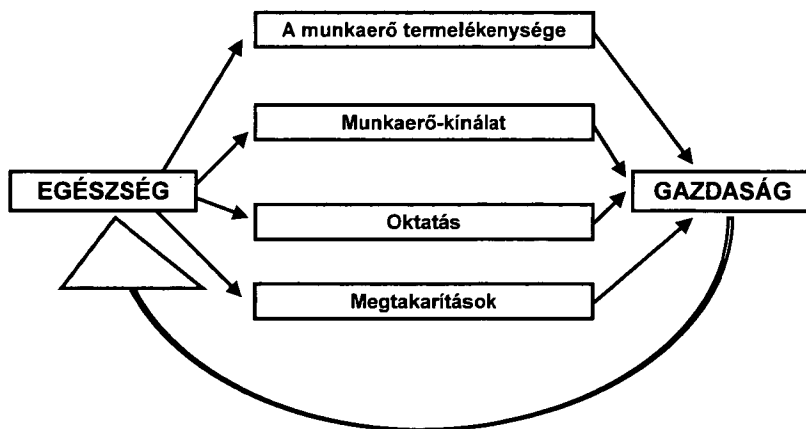
A fentiek ellenére azonban elmondható, hogy az orvos-beteg kapcsolat a világ számos részén (főképp a nyugati társadalmakban) jelentős változásokon ment keresztül az utóbbi években, évtizedekben. Ez a folyamat napjainkban is tart, természetesen eltérő fázisokban az egyes kultúrákban, országokban. Gyógyítási szempontból eltolódás vehető észre a biomedikális modelltől (amelynek legfontosabb jellemzői a betegségek kizárólag biológiai okokra való visszavezetése, elidegenedett orvos-páciens kapcsolat, valamint orvos- és betegségközpontúság) a *bio-pszichoszociális modell* felé (ahol nem csak biológiai, hanem társadalmi és pszichológiai tényezőket is figyelembe vesznek a betegségek okának keresésében és a terápiák tervezésénél). Ez azt jelenti, hogy az orvosoknak figyelembe kell venni ezt a többszempontú megközelítést, amikor mérlegelik a kezelési lehetőségeket, amely sokkal személyesebb kapcsolatot feltételez a pácienssel, amelyben mindkét fél személyisége, viselkedése és érzései is egyre inkább fontosak, ezáltal egyenrangú viszony alakulhat ki (Molnár–Csabai 1994). A megfelelő kommunikációt, jó orvos-páciens kapcsolatot és a páciensek bevonását a terápiával kapcsolatos döntésekbe ugyanis egyre szélesebb körben tekintik olyan tényezőknak, amelyek elősegíthetik a gyógyulási/gyógyítási folyamat sikerességét és növelhetik a felek elégedettségét. Ezzel a betegközpontú kommunikáció modelljei – pl. a *Shared Decision Making* (közös döntés, SDM) – olyan innovációnak tekinthetők, amelyekre *Porter* (1998, 429. o.) szerint is szükség van az egészségügy költségproblémájának valódi megoldá-

dásához: dinamikus szemléletet és olyan megoldást képviselnek, amelyek lenyomhatják a költségeket és javíthatják a minőséget.

2. Egészségügy és közös döntés

Az egészségbe való befektetés értékét számos szinten mérhetjük. Jelentős egyrészt a betegségek költsége, amely a közvetlen költségeket, valamint a termelésből való kiesést is magában hordozza – ez a hatás a magasabb jövedelmű országokban magasabb költségeket jelent. Másrészt makroökonómiai hatásai is vannak – egyes kutatások szerint pl. a várható élettartam egy éves növekedése a GDP 4%-nyi növekedésével hozható összefüggésbe, illetve a magasabb jövedelemmel rendelkező országokban 10%-os csökkenés az érrendszeri problémák okozta halálesetekben a GDP 1%-os növekedését is eredményezheti. Harmadrészt, mikroökonómiai szinten is megfigyelhető az egészségügy jelentősége. Ennek egyik vetületét az 1. ábra mutatja be. Eszerint az egészségi állapot a munkaerő termelékenységére, a munkaerő-ellátásra, az oktatásra és megtakarításokra gyakorolt hatásával (bár ez utóbbi kapcsolat kevésbé alátámasztott, mint a többi) befolyásolhatja a gazdaságot, ahonnan azután visszacsatolás érkezik (WHO 2008b).

1. ábra Az egészség és a gazdaság kapcsolata



Forrás: WHO (2008b, 7. o.)

Az egészséges, képzett munkaerő a legproduktívabb eszköz. Ez különösen igaz jelenleg Európában, amely a globalizálódó világban változó gazdasági mintákkal és az előregedő társadalommal kell, hogy szembenézzon. A régióknak fontos szerepe van abban, hogy megfelelő egészségügyi szolgáltatások jöjjenek létre és működjenek. Ezt felismerve számos példát találhatunk arra, ahogyan egyes régiók az egészségügyi ellátórendszert felhasználva teremtenek gazdagságot: regionális szinten lehetséges az innováció biztosítása. A gondviselőkkel, szakemberekkel és vállala-

latokkal helyi szinten való együttműködés az alap, regionális szinten pedig megtörténhet az önszerveződés, a változás megvalósítása. Mindehhez nemcsak az államok és az európai intézmények támogatása, hanem a régiók együttműködése is szükséges (WHO 2008b).

A regionalitásnak nem csak az együttműködés, hanem a verseny kapcsán is jelentős szerepe van. Az egészségügyben zajló verseny hatásköre nem helyi, hanem regionális, nemzeti vagy nemzetközi kell, hogy legyen – az orvosoknak és a többi, szolgáltatást nyújtó résztvevőnek nem csak a földrajzilag közeli ellátókkal kell összehasonlítaniuk teljesítményüket, hanem a legjobbakkal, földrajzi távolságtól függetlenül, valamint figyelemmel kell követniük a regionális központok tevékenységét (Porter–Teisberg 2006).

Az utóbbi néhány évtizedben a változásoknak köszönhetően az egészségüggyel foglalkozó tudományágak igen nagy figyelmet fordítottak az orvos – beteg közötti interakcióra, különösképpen a *kommunikáció* fontosságára és jellegzetességeire (Boon–Stewart 1998, Kenny et al. 2009). Ennek elemzése azonban rendkívül nehéz, hiszen az orvos-beteg kapcsolat az egyik legkomplexebb interszónális kapcsolat – olyan tulajdonságainak köszönhetően, mint az erőviszonyok kiegyenlítetlensége, az aszimmetrikus informáltság, az önkéntesség hiánya (hiszen az esetek többségében a szükség határozza meg az igénybevételt, nem pedig az, hogy valaki szeretné-e vagy sem),⁴ létfontosságú, életbevágó kérdések és problémák felmerülése, ennek következtében pedig az erőteljes érzelmi érintettség (Ong et al. 1995). A közgazdasággal foglalkozó tudományágak ugyanakkor kevesebb figyelmet szenteltek e témakörnek, annak ellenére, hogy egyrészt az egyre informáltabb, önállóan dönteni tudó és szándékozó ügyfelek fontos alanyaivá váltak a vizsgálódásoknak (Vick–Scott 1998), másrészt a kommunikáció, és hatásaként az orvos-beteg együttműködés *nemcsak egyéni szinten jár következményekkel*, hanem társadalmi, gazdasági szinten is (például a felírt gyógyszerek szedésével kapcsolatos előírások be nem tartása nem kívánt klinikai kimeneteket, valamint növekvő egészségügyi költségeket okoz) (Yong–Openheimer 2006). Természetesen ennek oka (a fenti sajátosságokon túl) az is lehet, hogy az egészségügyi szolgáltatásoknak mind kínálati, mind keresleti oldala eltér az üzleti alapon nyújtott és igénybe vett szolgáltatásokétól. Ahogyan Kornai (1998, 45. o.) megfogalmazza: „...széleskörű az egyetértés abban, hogy az egészségügy markánsan különbözik a társadalmi tevékenységek más ágaitól.” Az ágazat sajátosságai kapcsán a szerző az alábbiakra hívja fel a figyelmet:

- Mivel az egészségnek és életnek semmihez nem hasonlítható értéke van, a piac itt kudarcot vallhat, és rendkívül nehéz, illetve kérdéses a költségek és hasznok mérése.
- Nehéz meghatározni az „alapvető szükségletek” mértékét.

⁴ Bár erre vonatkozóan ellentétes kutatási eredmények is vannak, melyek szerint számos olyan eset van, amikor az orvos számára sem világos, hogy miért fordult hozzá a beteg, és számos esetben a beteg sincs tisztában azzal, hogy mit is vár a találkozástól (Málovics et al. 2009).

- Az egyedi érték miatt az emberek nagy része hajlandó specifikus egalitárius elveket elfogadni az egészségügyi szolgáltatások allokációjáról – az egyenlő hozzáférés biztosítása morális elvvé válik. Emiatt károsnak tekintenének egy olyan folyamatot, melyben a biztosítás kizárólag piaci alapon működne (ez ugyanis a biztosítási díjak emelkedéséhez, ezzel pedig egyre több ember ki-maradásához vezetne).
- A kínálati oldal sokkal több információval rendelkezik a tranzakció tárgyáról, mint a keresleti oldal (információs aszimmetria). Részben ez az oka az orvos és beteg közötti kapcsolat aszimmetriájának is: az orvosnak, társadalmi rendszertől és gazdasági ösztönzőktől függetlenül hatalma van a beteg felett.
- Az egészségügyben hiánygazdaság uralkodik (e tulajdonságában párhuzamba állítható a többi ágazattal). Ennek következményei között a minőségi fejlesztés elhanyagolását, a vevők kiszolgáltatottságát és egyes csoportok privilegi-záltságát kell megemlítenünk.

Az egészségügy fejlődése tehát egyre inkább a szélesebb körű választási lehetőségek, az egészségügyi döntésekkel kapcsolatos, beteg és orvos közötti megosztott felelősség, valamint az egyének egyre nagyobb „ön-menedzselése” felé halad (Sihota–Lennard 2004).

A megosztott (és informált) döntéshozatal egyik meghatározása szerint olyan döntéseket ír le, amelyeket az orvos és a beteg megosztva hoz meg, és amelyeket megfelelően alátámasztott információk segítenek, nem csak kockázatokról és hasznokról szólnak, hanem a beteg-specifikus jellemzőkről és értékekről is (Towle–Godolphin 1999). Ahhoz, hogy az ilyen döntési módszerek egyre nagyobb teret kapjanak, magasabb szintű, leginkább kommunikációs jellegű képzés és kompetenciák is szükségesek mind az orvosoknak, mind pedig a betegeknek. Ebben a kultúrában a beteg és az orvos által észlelt kockázat csökkentésének, valamint a szolgáltatási színvonal javításának, illetve a perek megelőzésének fontos eszköze tehát a megfelelő, orvos és beteg közötti kommunikációra és információcserére épülő, az információs aszimmetriát minél kisebb mértékűre csökkentő komplex döntési folyamat. Az SDM módszereit tekintve a korszerű kommunikációs ismereteken alapul, az orvos és a páciens közös döntési folyamatának lépéseit foglalja magában, amelynek első lépése az egészségügyi probléma közös értelmezése. A folyamat következő lépése az, hogy az orvos elmagyarázza, hogy a problémának több legitim opciója létezik, s érthetően ismerteti ezek előnyeit és hátrányait, valamint a páciens szempontjából releváns várható eredményeket, s ezek valószínűségeit. Ezután meg kell győződnie arról, hogy a beteg mindezt megértette, el kell beszélgetnie vele az elképzeléseiről, gondjairól és várakozásairól. Ezután tisztázza az orvos a pácienssel, hogy milyen mértékben kíván a döntésben részt venni. Ezt követően történik a döntés.

Ahogy *Elwyn* (idézi de Haes 2006) megállapítja, a közös döntés azon esetekben lehet megfelelő, amikor több lehetőség van, amelyeknek különböző lehet ugyan a kimenete, de valamennyi kimenet körülbelül egyformán megfelelő.

Ugyanakkor fontos megemlíteni egy olyan eredményt is, amely szerint a páciensek paternalizmusra, illetve részvételre vonatkozó preferenciái nem feltétlenül zárják ki egymást (Ommen et al. 2008).

Az SDM megvalósításához mind a betegeknek, mind az orvosoknak rendelkezni kell bizonyos kompetenciákkal, amelyeket alkalmazva közös döntés születhet (1. táblázat).

1. táblázat Az SDM – hez szükséges feladatok

Orvosok	Betegek
Partnerség kialakítása a beteggel.	Saját magában határozza meg, hogy milyen orvos-beteg kapcsolatot preferál.
A beteg információra való igényének megteremtése vagy feltérképezése.	Egy orvos megkeresése és vele partnerség megteremtése és fejlesztése.
A beteg döntéshozatalban játszott szerepével kapcsolatos preferenciáinak megteremtése vagy feltérképezése.	Saját magában objektív módon és szisztematikusan fogalmazza meg az egészségügyi problémáit, érzéseit és elvárásait.
A beteg ötleteinek, gondjainak és elvárásainak kiderítése és ezek megválaszolása.	Világosan és megfelelő időben kommunikáljon az orvossal annak érdekében, hogy megértse és megossza a releváns információkat.
Választási lehetőségek ismertetése (figyelembe véve a beteg lehetséges ötleteit és információit) és az ezekkel kapcsolatos eddigi eredmények kiértékelése a beteg sajátosságaira való tekintettel.	Fogadja be az információkat.
A beteg segítése a különböző lehetőségek értékelésére és hatásuk becslésére.	Értékelje az információkat.
A döntés megbeszélése és meghozatala a beteggel együtt; egy cselekvési tervben való megegyezés és előkészületek, intézkedések megtétele a nyomon követésre.	Tárgyalja meg a döntéseket, adjon visszajelzést, oldja meg a konfliktusokat, és egyezzen meg az orvossal egy cselekvési tervben.

Forrás: Towle–Godolphin (1999) alapján saját szerkesztés

A fenti folyamat megvalósulása esetén is felléphetnek természetesen akadályok a közös döntés megvalósításában, pl. az időhiány; azonban részben erre is megoldást jelenthet a megfelelő kommunikációs készségek és kapcsolat kialakítása, amellyel idő spórolható.

Az orvos-beteg kommunikáció hatékonysága, ezen keresztül a gyógyítási-gyógyulási folyamat sikeressége különösen olyan térségekben kiemelten fontos, ahol a morbiditási és mortalitási mutatók az országos átlag felett vannak. Ilyen térségnek tekinthető a Dél-Alföld, azon belül Békés és Csongrád megye (Kallai 2005), ahol vizsgálatainkat végeztük.

3. Igénybe vevői vélemények a közös döntésről és kommunikációról: kvantitatív eredmények

Kérdőíves felmérésünk során 15 kérdést tettünk fel, melyeknek többsége az orvos és beteg közötti kommunikáció, valamint a gyógyítás hatékonyságát meghatározó tényezők szerepét, azok rangsorolását és súlyozását volt hivatott meghatározni (tényezőrangsorok, fontossági súlyok megadásával) azzal a céllal, hogy megvizsgáljuk az orvos-beteg kapcsolat eredményességét befolyásoló tényezőket, és azok gyógyításra-gyógyulásra kifejtett hatását. Arra kerestük tehát a választ, hogy a betegek és potenciális betegek – az egészségügyi szolgáltatások fogyasztói – milyen fontosságot tulajdonítanak az orvos-beteg kommunikációnak a gyógyulási folyamat során.

A felmérés 2010 februárjában zajlott, melynek során 60 főt kérdeztünk meg, akiket egyszerű véletlen kiválasztással vontunk be a vizsgálatba. A megkérdezettek 70%-a nő, 30%-a pedig férfi volt. A válaszadók több mint fele 18 és 24 év közötti, 30%-a 25 és 35 év közötti. A középkorosztályt képviseli a 36-49 év közöttiek 10%-kal és az 50-63 év közöttiek 8% részesedéssel. A válaszadók 41%-a nem vezet önálló háztartást. A megkérdezettek több mint egynegyede egyedülálló, 22%-uk házasságban, 10%-uk élettársi kapcsolatban él. A szüleikkel vagy egyedül élők elsősorban a 18-35 éves korosztályból kerültek ki. A válaszadók jelentős része magasan kvalifikált, a megkérdezettek 25%-a egyetemet végzett, 18% pedig főiskolát. A mintában igen nagy arányban vesznek részt egyetemi vagy főiskolai hallgatók, részarányuk majdnem egyharmados (32%). További 25%-os a részesedése a középiskolát végzeteknek. Ennél alacsonyabb iskolai végzettséggel nem találkoztunk a felmérés során. A lakóhely szerinti megoszlás vizsgálatánál megállapítható, hogy 27% falun lakik, 55% nem megyei jogú városban, 15% megyeszékhelyen, és mindössze 3% Budapesten.

A kérdőíves felmérésben szereplők foglalkozásának megoszlása alapján végzett vizsgálat megmutatta, hogy meglehetősen alacsony a vállalkozók (10%) és a tanárok (7%) részesedése. A megkérdezettek között egyetlen orvos vagy gyógyszerész sem volt. Az úgynevezett „egyéb” foglalkozások között szerepel hivatalnok, vegyész, agrármérnök, banktisztviselő, raktáros stb. A felmérésben a megkérdezett adataira vonatkozó utolsó kérdésünk a jövedelmi viszonyokkal foglalkozott. Az egy főre jutó jövedelem tekintetében a legtöbben a legalacsonyabb kategóriát jelölték meg (elsősorban ide tartoznak a hallgatók és a pályakezdő fiatalok). Az ő részarányuk 30%. Nagyjából fele-fele arányban jelenik meg, az 50-75 eFt/fő és a 75-100 eFt/fő részaránya, és együttesen 40%-ot tesz ki. 10-10%-kal részesednek a 100-125 eFt/fő és a 125-150 eFt/fő kategóriába tartozó válaszadók, az ennél tehetősebbek kategóriáinként 2-3%-ot tesznek ki. A primer adatgyűjtést és elemzést Békés és Csongrád megyében végeztük, az adatfelvétel nagyrészt közterületeken (utcán, bevásárlóközpontban, egészségügyi intézmények közelében) történt.

Kérdőívünk egyik fontos kérdése azt vizsgálta, hogy melyek a jó orvos legfontosabb jellemzői. A válaszadóknak előre megadott tulajdonságok közül kellett

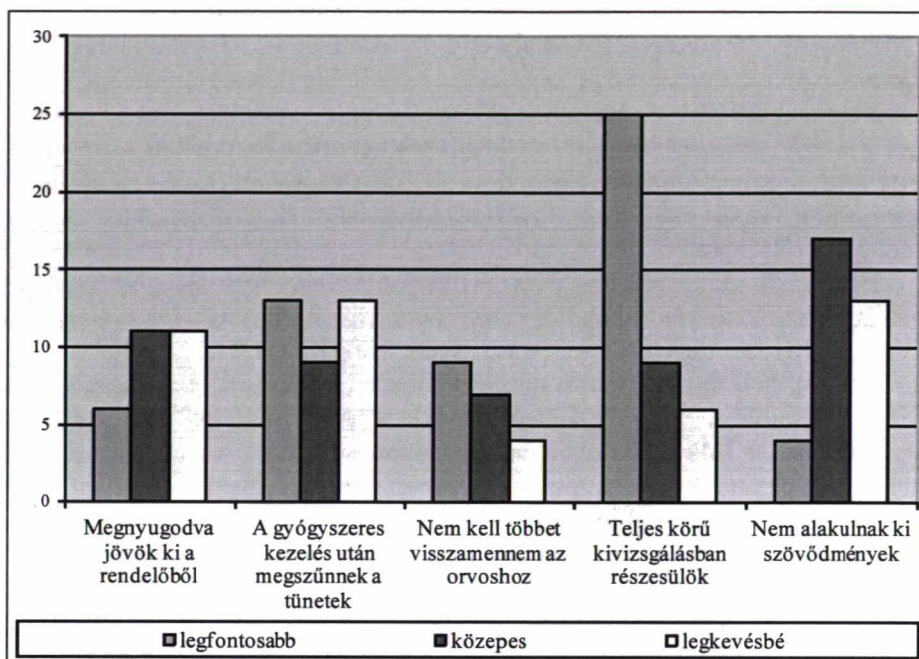
kiválasztani néhányat. Ez alapján a hatvan megkérdezett 68%-a szerint a jó orvos legfontosabb jellemzője a szakmai tudás, 10%-uk szerint pedig a szakmai tapasztalat. Mindössze 5% gondolja azt, hogy egy orvos megítélésében a legkevésbé fontos a szakmai ismeret. A válaszadók mintegy 27%-a a nagy tapasztalatot, 18%-uk pedig az elhivatottságot tartja a második legfontosabb tulajdonságnak. Egyetlen válaszadó sem tartja számon a legfontosabbak között a tudományos munkát, a beteggel való együttérzést, a kommunikációs készségeket, az életmód-tanácsadást, a betegre szánt elegendő időt, az orvos jó hírét, az orvos egészségesnek tűnő látszatát és a gyógyszerfelírási szokásokat.

Egy másik kérdésünk a jó egészségügyi intézmény legfontosabb tulajdonságait vizsgálta, az előző kérdéshez hasonló módszerrel. Az eredmények alapján kiderül, hogy a megkérdezettek 60%-a úgy vélekedett, hogy az egészségügyi intézmények legfontosabb, 20% szerint a második legfontosabb jellemzője a tisztaság és a higiénia. A válaszadók mintegy 28%-ának a modern orvosi műszerekkel való ellátottság a legfontosabb és 30% szerint ez a második a rangsorban. A felmérés szerint minden ötödik betegnek a legkevésbé fontos, hogy több rendelő legyen egy helyen, 18%-nak pedig az, hogy keveset kelljen várakozni. Ezek az eredmények tehát azt mutatják, hogy a kényelmi és jóléti szempontok kevésbé fontosak a betegek számára, mint a gyógyítás hatékonyságával közvetlen kapcsolatban álló szakmai ismérvek. Egyetlen válaszadó sem említi a legfontosabb tényezők között a kellemes környezetet, nagy várótermet, jó megközelíthetőséget, vagy az interneten való bejelentkezés lehetőségét.

Fontosnak tartottuk annak vizsgálatát, hogy a betegek minek tulajdonítják a gyógyítás-gyógyulás sikerességét. A feltett kérdés úgy szólt, hogy „Mitől sikeres a gyógyítás-gyógyulás?” Ennek eredményei a 2. ábrán láthatók. Eszerint a megkérdezettek több mint 40%-a számára a legfontosabb a gyógyulás szempontjából az, hogy teljes körű kivizsgálásban részesül-e. Közel 22% azt tekinti a gyógyulás legfontosabb indikátorának, hogy a gyógyszeres kezelés után megszűnnek a tünetek. Érdekes jelenség, hogy ugyanennyien gondolják azt, hogy ez a legkevésbé fontos gyógyulási tényező. Majdnem 30% szerint közepesen fontos eleme a gyógyulásnak az, ha nem alakulnak ki szövődmények. A szubjektív tényezők közül a rendelő megnyugodott elhagyása, illetve az orvossal kapcsolatban kialakult bizalom a kevésbé fontos tényezők között szerepel.

Az orvos gyógyításban-gyógyulásban betöltött szerepe kapcsán a megkérdezettek több mint egyharmada számára a legfontosabb az alapos kivizsgálás, közel egyharmad számára pedig az, hogy orvosa figyelmesen hallgassa végig. Közepesen fontos, hogy az orvos bátorítsa a beteget, valamint, hogy meggyőzze a terápia szükségességéről. A válaszadók 23%-a a legkevésbé fontosnak azt gondolja, hogy az orvos életmód tanácsokat is adjon.

2. ábra A gyógyítás-gyógyulást meghatározó tényezők



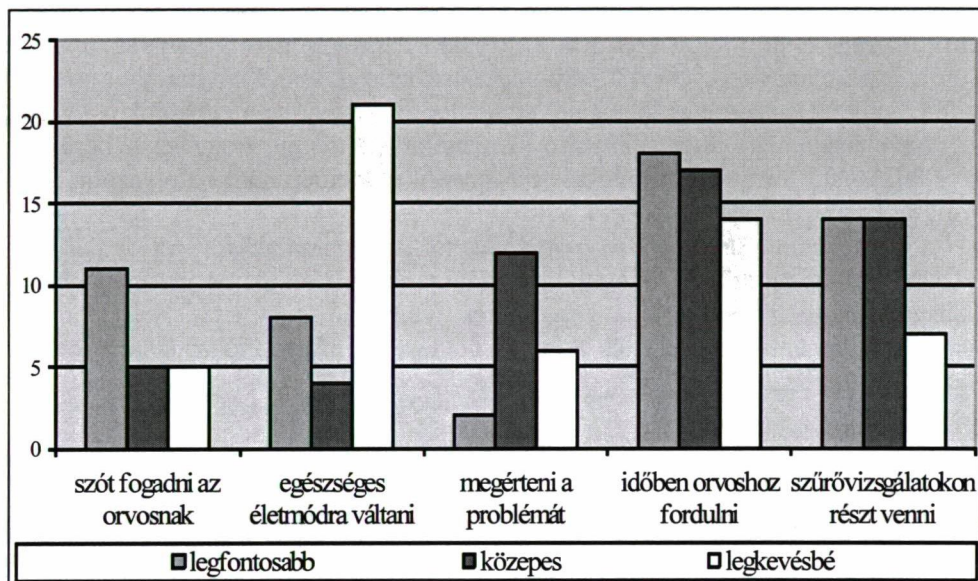
Forrás: saját szerkesztés

Felmérésünk során arra is választ kerestünk, hogy a megkérdezettek hogyan vélekednek a gyógyulás folyamatában a beteg szerepéről. A 3. ábrán bemutatott eredmények alapján megállapítható, hogy a válaszadók többsége szerint a legfontosabb a betegségek megelőzése; 30%-uk mondta azt, hogy az orvos időben történő felkeresése; 23% szerint pedig a rendszeres szűrővizsgálaton való részvétel a leginkább meghatározó. Ugyanakkor közel ugyanennyien tartják közepesen és kevésbé fontosnak is a megelőzést. A megkérdezettek mintegy 18%-a gondolja úgy, hogy a gyógyulás kulcsa az, ha szót fogadunk az orvosnak. Több mint a válaszolók egyharmada nyilatkozott úgy, hogy az életmódváltás a legkevésbé fontos a gyógyulás sikeressége szempontjából.

Kutatásunk eddigi eredményeiből láthattuk, hogy melyek azok a tényezők az orvos és a beteg részéről egyaránt, amelyek a gyógyítás-gyógyulás hatékonyságát meghatározzák a megkérdezettek szerint: megállapíthatjuk, hogy a kommunikációs, társas tényezők sok kérdésben fontos szerepet kapnak. Másrészt vajon melyek azok a tényezők, amelyek leginkább veszélyeztetik a gyógyulás sikerességét? A vizsgálat eredménye nagyrészt megerősíti a korábbiakat, hogy a legtöbben (több mint 60%) azt tartják a leginkább veszélyesnek, ha a beteg nem fordul időben orvoshoz. A szűrővizsgálatokról való távolmaradást a válaszadók 40%-a gondolja a leginkább veszélyeztető faktornak. Közel ugyanennyien nyilatkoztak az orvos utasításainak be nem tartásáról. Ezek az eredmények is a paternalista rendszer létjogosultságát tá-

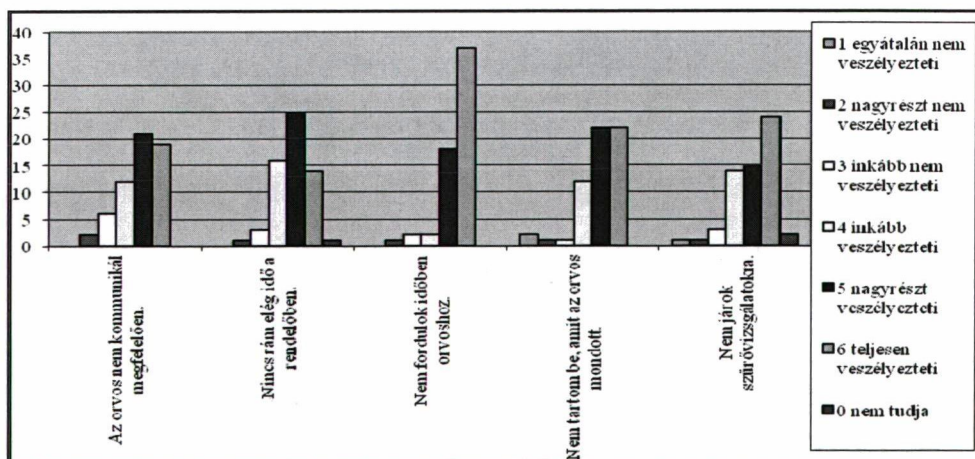
masztják alá. Ugyanakkor a kommunikáció fontosságát is jelzi az a 30% feletti arány, amely az orvos nem megfelelő kommunikációját teszi első helyen felelőssé (4. ábra).

3. ábra A betegek tennivalói a gyógyulás sikerességért



Forrás: saját szerkesztés

4. ábra A gyógyítást-gyógyulást veszélyeztető tényezők a válaszok száma alapján

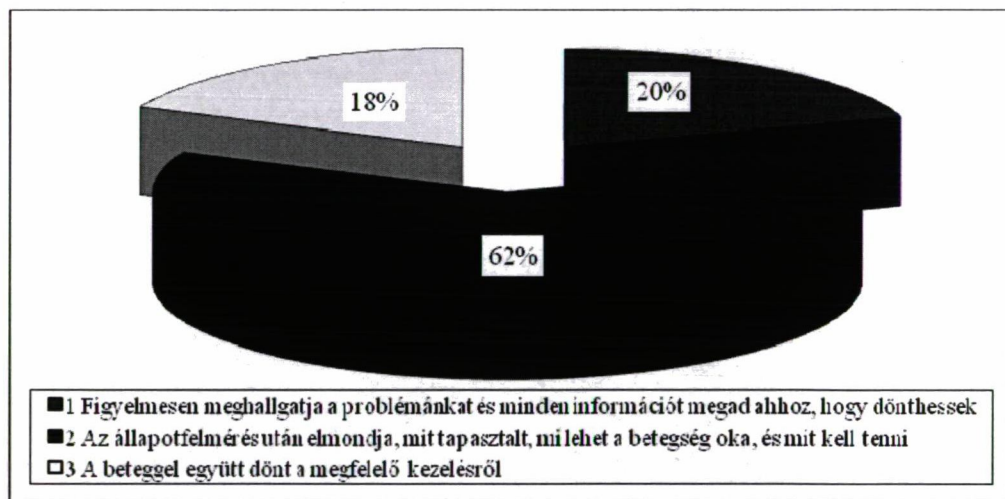


Forrás: saját szerkesztés

Inkompetensnek tűnik az orvos, ha nem néz a beteg szemébe, nem mosolyog, merev, mindig az óráját nézi, állandóan csörög a telefonja, késik, sokat gondolkozik, mellébeszél, rossz híre van, felszínesen végzi a vizsgálatokat, nem figyel a beteg panaszaira. Ha a beavatkozás kevésbé tűnik kockázatosnak, akkor a beteg általában ragaszkodik saját elképzeléséhez, amit nagyban befolyásolnak a személyiségjegyek is. Ugyanakkor nem mindegy, hogy orvos és beteg hogyan viszonyulnak egymáshoz. Arra a kérdésre, hogy „Ön szerint a gyógyulást mennyire befolyásolja az, hogy milyen a kapcsolata az orvossal?”, a potenciális betegek közel egyharmada azt válaszolta, hogy az orvos-beteg kapcsolat nem a legfontosabb, de meghatározó a szerepe a gyógyulásban. Egyetlen válaszadó sem nyilatkozott úgy, hogy ez a körülmény egyáltalán nem fontos, és mindössze 6% szerint érdemben nem befolyásolja a gyógyulást.

Felmérésünk eredményei alapján a jól kommunikáló orvost legtöbbször a paternalisztikus modellel azonosítják. A válaszadók 62%-a azt tartja a legjobb megoldásnak, ha az orvos irányítja a gyógyítás-gyógyulás folyamatát. Nagyjából egymással azonos arányban jelezték a közös döntést és információval támogatott saját döntést (5. ábra).

5. ábra Milyen a jól kommunikáló orvos?



Forrás: saját szerkesztés

A jól kommunikáló beteg viselkedéséről a válaszadók meghatározó többségének (74%-ának) véleménye, hogy a megfelelően kommunikáló beteg elmondja az orvosnak a panaszait, a tüneteket, a tapasztalatait és megvitatja vele a betegsége során összegyűjtött információkat. Minden hatodik megkérdezett mondta, hogy az orvostól információk kérése és a terápiában való részvétel a legfontosabb sikertényező. A kommunikáció fontosságát és a gyógyítási folyamat kialakításából való része-

sedés igényét emeli ki az a tény is, hogy mindössze 7% az, aki csak akkor beszél, ha az orvos kérdést tesz fel neki.

Fontos tudni, hogy az embereknek általában nincsen stabil és folyamatosan fennálló véleményük a saját érdekeikről, hanem az információértékelés és döntéshozatal folyamatában alakítják ki ezt (Horváth 2010). Az a mód tehát, ahogyan az információkat megkapják, jelentős szerepet játszik preferenciáik kialakulásában. Azonban problémák merülhetnek fel akkor, ha nincsen egy nyilvánvalónak tűnő megoldás, vagy nincs egyetértés egy ilyen megoldás kapcsán. Ekkor a beteg és az orvos között konfliktus alakul ki, amelyet explicit módon kell megoldani, azaz a feleknek meg kell beszélniük, hiszen ha a beteg nem mondja el véleményét, az orvos téves következtetésekre juthat, amely a beteg elégedetlenségéhez vezethet. Ehhez természetesen szükséges, hogy a beteg rendelkezzen olyan kompetenciákkal, amelyek elősegítik azt, hogy részt vegyen ebben a folyamatban.

4. Orvosok véleménye a kommunikáció fontosságáról: kvalitatív eredmények

Kutatásaink során kvalitatív interjúkat készítettünk 21 orvossal. A 21 orvos közül 13 sürgősségi, illetve intenzív ellátásban dolgozik. Emellett 6 belgyógyászt és két sebészt kérdeztünk meg. A belgyógyász alapképzettségűek között két-két gasztroenterológust és kardiológust, valamint egy rehabilitációs szakorvost találunk.

A megkérdezett Békés és Csongrád megyei orvosoknak a minta szempontjából fontosabb paramétereit az alábbiak szerint foglaljuk össze.

- nemek szerinti megoszlás:
 - 10 nő és
 - 11 férfi,
- beosztás szerinti megoszlás:
 - 2 egyetemi tanár,
 - 5 főorvos,
 - 8 szakorvos,
 - 3 tanársegéd és
 - 3 rezidens,
- életkorukat tekintve 24 és 69 év közöttiek:
 - kilencen 24-35 év közöttiek,
 - öten 36-49 év közöttiek és
 - heten 50 év felettiek.

A felmérés során 15 kérdést tettünk fel, melyeknek többsége az orvos és beteg közötti kommunikáció, valamint a gyógyítás hatékonyságát meghatározó tényezők szerepét, azok rangsorolását és súlyozását volt hivatott meghatározni. A felmérés során a meginterjúvált orvosok több mint fele sürgősségi, illetve intenzív osztályon dolgozik. Az orvosok egy része klinikai központban, más részük városi kórházban

működik. Ennek oka, hogy az orvos-beteg kommunikáció mellett az orvos-hozzá tartozó kommunikációt is igyekeztünk megvizsgálni.

Az interjúkból kiderült, hogy a kommunikáció hatékonysága alapvetően azon múlik, hogy az orvos mennyire képes betegével a diagnózist, az ezzel összefüggő terápiás eljárások szükségességét megértetni és elfogadtatni, valamint azon, hogy a távozó beteg megjegyezte-e az orvosi utasításokat. Interjúink megerősítik azt az általános vélekedést, hogy a sikeresség egyik legfontosabb tényezője az orvos hitelessége, ugyanis eleve kudarcra van ítélve bármilyen kezelés, ha a befogadók, vagyis a betegek érzelmileg elutasítják a kommunikátor (orvos) személyét, vagy nem hisznek neki, mert nem tartják megfelelő mértékben hozzáértőnek, megbízhatónak.

A megkérdezettek szerint a betegek nem tudják megítélni az orvos szakmai kompetenciáját. Úgy gondolják, hogy az orvos megítélésében a betegek számára az orvos empátikus képességei, kommunikációs stílusa, illetve az ismerősöktől kapott információk rendkívül fontosak. A megkérdezettek egyöntetűen elismerték, hogy a beteg bizalma rendkívül fontos a kezelés sikerességében, ugyanakkor úgy vélték, hogy a bizalom alakulása gyakran független az orvostól, sokkal inkább a betegek egyéni ízlésétől, szimpátiától függ, és a bizalom gyengülése esetén az orvos kizárólag akkor tehet valamit, ha a bizalomvesztés az ő szakmai hibájából adódóan következett be – ilyenkor igyekeznek azt helyrehozni.

Az interjúba vont orvosok közül a legtöbben hangsúlyozták a kommunikáció fontosságát a gyógyítási-gyógyulási folyamatban. Többen kiemelték, hogy ha az orvos nem rendelkezik megfelelő pszichológiai kulturáltsággal, önismerettel, ha nem birtokolja a hatékony emberi kommunikáció alapelveit, nem lesz hatékony gyógyító és inkompetensnek éli meg magát, így elakadva szakmai fejlődésében. Ebben a vonatkozásban kedvezőbb helyzetben vannak a klinikai orvosok, akiknek oktatási feladataik is vannak és rendszerint nagyobb betegforgalommal szembesülnek. Egyre több kutatás támasztja alá a hatékony kommunikáció, illetve a beteg, a családja és a kezelőorvos elégedettségének kapcsolatát. Az orvosok – beleértve a haldoklókkal is foglalkozókat – csak az utóbbi időszakban részesülnek az alapképzés során az élet befejezése előtti kommunikációval kapcsolatos képzésben az egyetemen, illetve a rezidensi idejük alatt, de az esetek nagy részében még ez is kevés akkor, mikor praktizálni kezdenek. Egy ilyen helyzetben minden érintett igyekszik kímélni a másikat. Fontos kérdés, hogy meddig lehet, meddig kell és meddig érdemes elmenni az őszinteségben.

Mivel az interjúba vont orvosok több mint fele sürgősségi, illetve intenzív osztályon dolgozik, jelentős számban fordulnak elő olyan betegek, akiknek a belátási és kommunikációs képességeik betegségük miatt korlátozott, így az orvos-beteg kommunikáció mellett az orvos-hozzá tartozó kommunikációt is vizsgáltuk. Ha a beteg cselekvőképtelen, akkor a hozzátartozónak kell nyilatkoznia. A beteg kiszolgáltatottsága tovább árnyalja a képet. Az orvosnak hatalma van a beteg felett, amely részben a tudástöbbletből, aszimmetrikus információkból fakad, részben a nagyobb döntési lehetőségéből. A beteg szuverenitása viszont sérülhet, hiszen gyakran nincs

döntésképes helyzetben. Ez a kiszolgáltatottság csökkenthető, de teljesen kiküszöbölni nem lehet.

Az orvosok egybehangzóan nyilatkoztak arról, hogy a terápia hossza és a beteg gyógyulási kilátásai alapvetően meghatározzák az orvos-beteg és az orvos-hozzátartozó kommunikáció főbb jellemzőit. Elmondták, hogy egy hosszabb kezelés során a hozzátartozók sokkal inkább igénylik a fokozottabb tájékoztatást, esetenként a közös döntés alkalmazását. Különleges helyzetet teremt a kifejezetten rossz prognózisú, a gyógyíthatatlan és a haldokló betegekkel és hozzátartozóikkal folytatott kommunikáció. Az orvosok közül többen azt fogalmazták meg, hogy a hozzátartozók gyakran nem akarják elmondani a betegnek, amit tudnak, mert félnek, hogy az nem tudná elviselni.

Mindeközben a beteg az esetek többségében tökéletesen tisztában van az állapotával, és rendszerint kéri orvosát, hogy csak a hozzátartozóinak ne mondja el, mert ők ezt nem tudják, és biztosan nem volnának képesek elviselni, ha megtudnák. Egy belgyógyász főorvos elmondása szerint léteznek helyzetek, nem is ritkán, amikor a maradéktalan őszinteség nem helyénvaló. Igaz ez bármelyik korcsoportra vagy betegségcsoportra, ami veszélyezteti az életkilátásokat, vagy tartósan rontja az életminőséget. A másik véglet sem szerencsés: amikor a betegnek fogalma sincs, hogy mi történik vele. A páciensek nagymértékben különbözhetnek abban, hogy milyen az a „tálalási” mód, ahogyan meg tudják érteni az egészséggel kapcsolatos információkat. Ennek megfelelően tehát a különböző képességű betegek számára különböző módon, azaz igényeikhez igazítva kell bemutatni a kockázatokkal kapcsolatos információkat. A kommunikációs eszközök megfelelő, egyénekhez igazított használatával biztosítható, hogy a betegek részt tudjanak venni a jövőjükkel kapcsolatos döntésekben.

Az orvos-beteg kommunikációt nehezítő tényezők között többen kiemelték, hogy gyakran előfordulnak olyan esetek, amikor nagyon fontos információkat egyszerűen elhallgatnak a betegek, mert úgy gondolják, ezt nem érdemes elmondani - ez nagyon megnehezíti a diagnózis felállítását. Mindezeket túl érdemes kérdeznünk a pácienseknek, amit az orvosok úgy gondolnak, hogy gyakran nem mernek megtenni. Inkább hagyják, hogy úgy érjen véget egy beszélgetés, hogy nem értik pontosan, miről van szó. Ha pedig ez így van, akkor természetesen nem is tudnak együttműködni az orvossal. Nagyon fontos lenne a terápia lényegének hangsúlyozása, annak kiemelése pl., hogy az alkalmazandó gyógyszereket csak az előírt módon, időben és dózisban szabad bevenni. A mellékhatások említéséről sem lenne szabad elfeledkezni.

Az interjúkban megkérdezett orvosok többsége említette, hogy a kezelés kudarcának gyakori oka a beteg nem megfelelő együttműködése – hiszen ha nem ismeri pontosan az egyes készítmények szerepét, hajlamos azok közül egyiket-másikat elhagyni a magas ár vagy az esetlegesen fellépő mellékhatások kialakulása miatt. A kommunikáció kapcsán ugyanakkor felmerült, hogy gyakran teljesen hiányzik az orvosok, illetve a személyzet más tagjai felől is a kommunikáció a beteg felé, azaz

tulajdonképpen azt sem tudja a beteg, hogy mi a baja, mert nem mondják el neki. Tapasztalatok alapján az orvosok inkább a kezelést és a gyógyszererezést akarják megbeszélni betegeikkel, míg a betegeket jobban érdekli a diagnózis, a prognózis és a betegség okai.

Az orvos és beteg, valamint az orvos és hozzátartozó kommunikációját nehezítheti az a körülmény, ha a beteg egy városi kórházból a regionális klinikai központba kerül. Ebben az esetben a súlyos, és korlátozottan, vagy egyáltalán nem kommunikáló beteg hozzátartozójának elérése esetenként nehezebb lehet, valamint az elbocsátott beteggel való utólagos kapcsolattartás okozhat problémát. A helyi kórházba, de különösen az otthonába bocsátott betegnél nehéz kontrollálni a terápiás szabályok betartását. Ebből a szempontból tehát előnyben lehetnek a nagyvárosokban, regionális központokban élő, esetleg kevésbé együttműködő, vagy kevésbé jól kommunikáló betegek.

Az időhiány mellett a megfelelő kommunikációt gátolhatja a nyelvhasználat is. Az orvosoknak gyakran nagy erőfeszítést igényel, hogy ne latin szavakat használva kommunikáljanak a betegekkel, mert, elmondásuk szerint ilyenkor a beteg gyakran leragad egy szónál, ami miatt aztán a következőkben elhangzottakat már fel sem fogja. Ennek kiküszöbölésére meg kell tanulni, hogy ne használjanak a betegekkel szemben idegen szavakat.

Az orvosok arra a kérdésre, hogy mit tartanak jó kommunikációnak, illetve, hogy van-e legjobb kommunikáció, azt válaszolták, hogy ilyen nem feltétlenül létezik, illetve van olyan helyzet, amikor nem megoldható a jó kommunikáció (pl. a beteg részletekbe menő, hosszas beszélgetést igényelne, de az orvosnak nincs hozzá elég ideje).

A beteg meggyőzésének egyik legfontosabb tényezője az orvos hitelessége. Bármilyen meggyőzési kísérlet eleve kudarcra van ítélve abban az esetben, ha a befogadók érzelmileg elutasítják a kommunikátor (vagyis az orvos) személyét, vagy nem hisznek neki, mert nem tartják megfelelő mértékben hozzáértőnek, megbízhatónak. Orvosokkal készített interjúink azt mutatják, hogy az empátia jelenti a legnagyobb vonzerőt. A magasabb empátiával rendelkező orvosokat nem csupán rokonszenvesebbnek tartják a betegek, de jobb szakembernek is. Az orvosi kommunikáció egyik meghatározó sikertényezője tehát, hogy az orvos érzékelteti-e a betegével, hogy figyel rá, komolyan veszi, és mélyen megérti őt. Ha egy kommunikátort hitelesnek tartunk, feltételezzük róla a szavahihetőséget, elfogulatlanságot és a szakértelmet.

Az orvos őszinte önbizalma, magabiztossága szintén segíti a meggyőzést. A megjelenésen és viselkedésen kívül a hitelesség legfontosabb tényezője az, hogy adott területen mennyire tartják az orvost szakértőnek. A meginterjúvált orvosok közül többen is utaltak rá, hogy kis túlzással azt állíthatjuk, hogy az orvos egyik legnagyobb tökéje a jó híre. Ha valaki jó orvos, kiváló specialista, szaktekintély stb. hírében áll, több hittel, reménnyel, bizalommal, több beteg fordul hozzá, jobban elfogadják utasításait, együttműködőbbek, s mindez együttvéve hatékonyan növelheti a

gyógyító munka sikerességét. Az orvos-beteg interakció a bizalomra épül. Arra, hogy az orvos szándéka kizárólag a beteg gyógyítására irányul, még hozzá a tőle telhető leghatékonyabb, és a beteg számára legkevésbé fájdalmas, illetve költséges módon. Nagymértékben leronthatja az orvos hitelességét, ha a beteg feltételezi, nem pusztán az ő érdekében ajánl egy gyógyszert, hosszabbít meg, vagy rövidít le egy kezelést. Valamennyi orvos egyetért abban, hogy az ilyen jellegű feltételezéseknek lehetőleg még a látszatát is ajánlatos elkerülni. Ha ez a bizalmi kapcsolat megrendül, annak társadalmi szinten láthatjuk kárát.

Kutatásaink alapján elmondható, hogy az emberek vágnak minél több, az egészségükkel kapcsolatos információ megszerzésére, és ezen információknak is több fajtája van:

- Megérteni, mi a probléma, és ennek világos magyarázatára kíváncsiak.
- Megérteni a folyamatokat és a vizsgálatok és kezelések lehetséges kimeneteit.
- Valós képet kapni a prognózisról.
- Információk az elérhető szolgáltatásokról, lehetőségekről és alternatívákról.
- Melyek az információk egyéb forrásai.

Arra a kérdésre, hogy melyik kommunikáció a jobb: az egyoldalú, irányító, vagy a támogató, empatikus, többféle válasz született. Elmondható, hogy ez is az adott esettől függ; a betegek többsége szereti, ha partnerként kezelik, sürgős esetben előfordulhat azonban, hogy elkerülhetetlen utasításokat adni a betegnek vagy a hozzátartozónak a gyorsaság érdekében. Volt olyan, aki szerint egyértelműen az empatikus, és feltétlenül tárgyilagos kommunikáció a megfelelő. A szakmai szempontok, mint nagyon fontos tényezők merültek fel az interjúk során; volt, aki úgy gondolta, hogy a perek elkerülése végett minden lehetséges kockázatot el kell mondani a betegeknek, ugyanakkor el kell ismerni, hogy ez lehetetlen.

A kommunikációt az interjúkon résztvevők az orvosi kompetencia egyik kulcselemének tartják. A beteg észlelt kockázatát a résztvevők szerint csökkentik, ha az orvos korrektül válaszol a felmerülő problémákra. Fontosnak tartják, hogy az orvos ismerje el a kockázatokat (minden kockázatról és a betegség lehetséges kimeneteleiről tájékoztatni kell a beteget, különben az beperelheti az orvost), azonban a beteg indokolatlan elrettentése nélkül. A résztvevők egyetértettek azzal, hogy az orvosi tevékenységnek mindig van természetes kockázata. Összességében javítani kellene a kommunikáció, valamint a szervezettség hatékonyságán.

5. Összegzés

Felmérésünk eredményei alátámasztják, hogy ma Magyarországon az orvostársadalommal szemben egyrészt egyre határozottabb elvárásként fogalmazódik meg, hogy az orvos foglalkozzon a beteggel, mint személlyel, vagyis egyre határozottabb a be-

tegközpontú szemlélet felé való elmozdulás igénye, mind bizonyos szakmai körökben, mind a társadalom részéről.

Kvantitatív vizsgálatunkkal tehát arra kerestük a választ, hogy az orvos-beteg kommunikáció tényezői hogyan befolyásolhatják a gyógyítás-gyógyulás hatékonyságát. Felmérésünk alapján a potenciális betegek közel egyharmada szerint az orvos-beteg kapcsolat nem a legfontosabb, de meghatározó a szerepe a gyógyulásban. Egyetlen válaszadó sem nyilatkozott úgy, hogy ez a körülmény egyáltalán nem fontos.

A kérdőívvel megkérdezettek közel kétharmada szerint a megfelelően kommunikáló orvos alaposan kikérdezi és megvizsgálja a betegét és ennek alapján elmondja, hogy mit kell tenni a gyógyulás érdekében. A gyógyulást veszélyeztető tényezők rangsorolásakor arra az eredményre jutottunk, hogy a megkérdezettek véleménye szerint a kommunikáció a kevésbé fontosak között szerepel. A legfontosabbak a megkérdezettek szerint az orvos időben történő felkeresése, a szűrővizsgálatokon való rendszeres részvétel, illetve az orvos utasításainak pontos betartása.

A beteg akkor elégedett, ha a kezelés megfelel az elvárásainak, vagy jobb, korszerű technológiát használ az orvos, ha a beteg meggyógyult. Gyors, pontos, hatékony ellátást kap, látja, hogy az orvos mindent megtesz és a kezelés kezdetén felvázolt eredmények következnek be.

Az említett kommunikációs folyamatok közben sokrétű értékelések és értelmezések zajlanak mindkét oldalon, melyek jó része rejtett, viszont nagymértékben befolyásolják a kommunikációt és annak eredményét; valamint a kommunikáció is visszahat az említett folyamatokra.

Az észlelt kockázat csökkentéséhez, valamint, hogy a betegek elégedettek legyenek, a szolgáltatás minősége javuljon, és minél kevesebb per induljon, szükség van megfelelően kommunikáló orvosokra. Az azonban, hogy milyen a megfelelő kommunikáció, az orvosok szerint a betegtől és a helyzettől is függ; rendkívül összetett és sok időt igénylő módon lehet meghatározni.

Úgy gondoljuk, a kommunikáció és döntési modellek oktatása, gyakorlatba való bevétele elősegítheti azok időtakarékos, így hatékony alkalmazását, és e módszerek olyan innovációt jelenthetnek, melyekkel az egészségügyi ellátás minősége javítható.

Felhasznált irodalom

- Boon, H. – Stewart, M. (1998): Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review. *Patient Education and Counseling*, 35, pp. 161–176.
- De Haes, H. (2006): Dilemmas in patient centeredness and shared decision making: A case for vulnerability. *Patient Education and Counseling*, 62, pp. 291–298.
- Horváth S. (2010): *Az orvos-beteg kommunikáció tényezőinek empirikus vizsgálata*. Tudományos Diákköri Dolgozat. Szegedi Tudományegyetem Gazdaságtudományi Kar, Szeged.

- Kallai Á. (2005): *Hódmezővásárhely Megyei Jogú Város Erzsébet Kórház Rendelőintézet szakmai koncepciója*. Hódmezővásárhely.
- Kenny, D. A. – Veldhuijzen, W. – van der Veiden, T. – LeBlanc, A. – Lockyer, J. – Légaré, F. – Campbell, C. (2009): Interpersonal perception in the context of doctor-patient relationships: A dyadic analysis of doctor-patient communication. *Social Science and Medicine*, doi: 10.1016/j.socscimed. 2009.10.065.
- Kincses Gy. (2000): Az egészségügy új szemlélete. *Egészségügyi menedzsment*, 5, pp. 91–94.
- Kornai J. (1998): *Az egészségügy reformjáról*. KJK, Budapest.
- Málovics É. – Vajda B. – Kuba P. (2009): Paternalizmus vagy közös döntés? Páciensek az orvos - beteg kommunikációról. In Hetesi E. – Majó Z. – Lukovics M. (szerk.): *A szolgáltatások világa*. JATEPress, Szeged, pp. 250–264.
- Molnár P. – Csabai M. (1994): *A gyógyítás pszichológiája*. Springer Hungarica, Budapest.
- Ommen, O. – Janssen, C. – Neugebauer, E. – Bouillon, B. – Rehm, K. – Rangger, C. – Erli, H. S. – Pfaff, H. (2008): Trust, social support and patient type – Associations between patients perceived trust, supportive communication and patients preferences in regard to paternalism, clarification and participation. *Patient Education and Counseling*, 73, pp. 196–204.
- Ong, L. M. L. – de Haes, J. C. J. M. – Hoos, A. M. – Lammes, F. B. (1995): Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science & Medicine*, 40/7, pp. 903–918.
- Porter, M. E. (1998): *On competition*. Harvard Business School Press, USA.
- Porter, M. E. – Teisberg, E. O. (2006): *Redefining Health Care*. Harvard Business School Press, USA.
- Sihota, S. – Lennard, L. (2004): *Health literacy*. National Consumer Council.
- Towle, A. – Godolphin, W. (1999): Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ*, 319, pp. 766–771.
- Vick, S. – Scott, A. (1998): Agency in health care. Examining patients' preferences for attributes of the doctor-patient relationship. *Journal of Health Economics*, 17, pp. 587–605.
- World Health Organization (2008a): *Now more than ever*. The World Health Report – Primary Health Care, WHO.
- World Health Organization (2008b): *Health And Wealth – Regional Perspectives*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Young, S. D. – Oppenheimer, D. M. (2006): Different Methods of Presenting Risk Information and Their Influence on Medication Compliance Intentions: Results of Three Studies. *Clinical Therapeutics*, 28/1, pp. 129–139.